UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 13

CONSIDÉRATIONS

SUR

CINQ CAS DE KYSTES HYDATIQUES

NON VISCÉRAUX DE L'ABDOMEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 15 Mars 1920

PAR

Moïse AYACHE

Né à Tlemcen, le 12 Février 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale* ..... PRÉSIDENT.
POUJOL, *Professeur d'anatomie pathologique* .....
CABANES, *chargé des fonctions d'agrégé* ..... JUGES.
FERRARI, *chargé des fonctions d'agrégé* .....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONSIDÉRATIONS

SUR

CINQ CAS DE KYSTES HYDATIQUES

NON VISCÉRAUX DE L'ABDOMEN

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 13

CONSIDÉRATIONS

SUR

CINQ CAS DE KYSTES HYDATIQUES

NON VISCÉRAUX DE L'ABDOMEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 15 Mars 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Moïse AYACHE

Né à Tlemcen, le 12 Février 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
POUJOL, *Professeur d'anatomie pathologique*.....
CABANES, *chargé des fonctions d'agrégé*..... JUGES.
FERRARI, *chargé des fonctions d'agrégé*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique	MAILLARD (✻, I. ✪, ◉).
Chimie médicale et toxicologie	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪),
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✻, I. ✪, O. ◉).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ✪, ✪).
Médecine légale	MICHELEAU (✻).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	X.....
Physiologie	X.....
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
REY (✻, I. ✪).
BATTANDIER (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ✪).

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie ..... M. TOURNADE (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGREGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I. ✪).
	LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD.
	X.....
Accouchements	FUSTER (✻, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A. ✪).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A mon Père et à ma Mère

A ma Famille

A la mémoire de mon Ami

MAX-EDMOND TIMSITT

Médecin auxiliaire

Mort pour la France le 5 mars 1916

A mon Ami

Le Docteur CHARLES BOUDOL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur VINCENT

Professeur de clinique chirurgicale

A mes Juges

A mes Maîtres

de l'Hôpital civil de Mustapha

A mes Maîtres

de la Faculté de Médecine d'Alger

JE DÉDIE CETTE THÈSE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales interrompues par cinq années de guerre, c'est pour nous un agréable devoir que de remercier nos maîtres de la Faculté et de l'Hôpital pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

M. le Professeur Vincent a été pour nous d'une amabilité sans égale ; il a mis à notre disposition avec une grande affabilité les observations de son service. Il nous fait le grand honneur de présider notre thèse ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le Docteur Boudol, d'Oran, a été pour nous, aux Armées, un grand ami. Nous le remercions bien vivement de nous avoir communiqué ses observations et de nous avoir prodigué des conseils dans la préparation de ce travail.

Nous ne pouvons, en ce jour, oublier tous nos camarades qui sont morts pendant cette guerre et que leur famille pleure toujours.

PRÉFACE

Considérés jadis comme des raretés, les kystes hydatiques sont aujourd'hui entrés dans le domaine de la clinique et de la technique chirurgicale courante. Le traitement sanglant s'avère comme étant le seul susceptible d'amener une cure définitive et rapide des tumeurs à échinocoques. Le mode opératoire est actuellement au point, depuis que le formolage systématique a permis d'intervenir sans crainte de récidives par ensemencement des séreuses.

La thérapeutique ainsi fixée, les interventions de plus en plus fréquentes, ont mis en lumière l'existence des kystes hydatiques multiples siégeant surtout au niveau du foie. Ainsi éclairée, la clinique a pu faire des diagnostics plus précis et reconnaître la nature parasitaire de certaines tumeurs non viscérales de l'abdomen. Elle a reçu, dans ces cas, une aide efficace des récentes découvertes de laboratoire, parmi lesquelles les plus intéressantes et les plus pratiques sont la recherche des éosinophiles dans le sang et surtout la réaction de Bordet-Gengou appliquée par Weinberg et Parvu à l'échinococcose humaine.

Aussi peut-on dire, qu'à l'heure actuelle, chez tout malade porteur d'une tumeur abdominale sans retentissement sur l'état général, la possibilité d'un kyste hydatique doit toujours être discutée et vérifiée. Plus que partout ailleurs, dans l'Afrique du Nord, le médecin devra être familiarisé avec la connaissance de ces kystes, particulièrement fréquents dans la population indigène. Là

se trouvent réalisées les deux conditions *sine qua non* de cette variété d'helminthiase : la cohabitation avec de nombreux chiens et la consommation courante de légumes crus et mal lavés.

Les cinq observations inédites qui suivent ont toutes trait à des tumeurs échinococciques de l'abdomen ; nous les publions en les faisant suivre des considérations pratiques qu'elles nous inspirent, tant au point de vue de leur pathogénie que de leur symptomatologie et de leur traitement.

Nous les diviserons ainsi :

1° *Deux cas de kyste mésentérique et épiploïque unique ;*

2° *Un cas de kyste double prostatique et intra-péritonéal ;*

3° *Un cas de kyste double hépatique et intra-péritonéal ;*

4° *Un cas d'échinococcose péritonéale généralisée.*

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (INÉDITE)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Boudol.

Kyste hydatique pédiculé de l'épiploon. Accidents de torsion du pédicule.

Emilie G..., 11 ans, entre à l'hôpital civil d'Oran, le 16 mai 1919, pour accidents produits par une tumeur mobile de l'abdomen.

Enfant bien constituée. Père et mère bien portants. Quelques bronchites légères au cours de sa première enfance. Rougeole à cinq ans. Pas de fièvre typhoïde ni de paludisme. Pas d'entérite. Jusqu'à ces derniers jours, la malade n'a jamais souffert de l'abdomen et n'a jamais présenté d'urticaire.

Il y a six mois, la malade a attiré l'attention de ses parents sur une tumeur mobile et indolore siégeant au niveau de la cavité abdominale.

Il y a quinze jours, sont apparues de violentes douleurs dans le ventre, douleurs s'accompagnant de météorisme et de constipation. Un médecin appelé constata la présence de la tumeur et conseilla une intervention. Les accidents s'amendèrent pour reparaître avec une nouvelle violence et entraînèrent l'hospitalisation d'urgence.

L'examen pratiqué à l'entrée de la malade, permet de reconnaître un ballonnement modéré de l'abdomen. Il y a de la défense de la paroi ; la palpation douloureuse révèle l'existence d'une tumeur abdominale assez volumineuse, difficile à délimiter, mais nettement mobile. T. 37° 8 — P : 84. Urines jaune-clair, assez abondantes. La malade n'est pas allée à la selle depuis trois jours. L'état du sujet ne paraissant nullement alarmant, on la met au repos complet avec glace

sur le ventre et lavements évacuateurs. Au bout de 48 heures, sédation des accidents, la douleur disparaît, la paroi devient souple et permet un examen complet et facile.

A la palpation, on retrouve au niveau de l'ombilic, la tumeur déjà signalée, qui paraît avoir diminué de volume. Elle est nettement arrondie, rénitente, à rebords bien délimités, mate à la percussion. Une extrême mobilité est son caractère principal ; elle se déplace latéralement d'un flanc à l'autre, et se laisse facilement refouler vers la région épigastrique. La malade mise en position renversée, la tumeur remonte à l'épigastre, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion intermittente du pédicule auquel on avait pensé au moment des accidents aigus.

Le foie et la rate sont normaux, à la palpation et à la percussion.

Examen radioscopique. — Poumons translucides, amplitude normale des mouvements du diaphragme. Ombre du foie ne dépassant pas les fausses côtes. A la partie médiane de l'abdomen, masse sombre du volume des deux poings extrêmement mobile et paraissant appendue à la partie médiane, au-dessous de l'estomac.

On pense à un kyste hydatique du péritoine. La réaction de Bordet-Gengou est nettement positive.

Formule lencocytaire :

Polynucléaires	62
Mononucléaires	11
Lymphocytes	22
Eosinophiles	2
Formes de transition	3

Opération, 20 mai 1919. — Laparotomie médiane sus-ombilicale ; énucléation facile du kyste qui est enclavé entre les deux feuillets du grand épiploon. Ce dernier, très épaissi et allongé, forme un pédicule tendu entre la tumeur et le bord inférieur de l'estomac. La masse graisseuse du pédicule, de consistance ferme et d'aspect granuleux, présente les lésions classiques de l'épiploïte chronique. Les veines, volumineuses, apparaissent turgescentes. La tumeur présente une tendance

remarquable à virer autour de son pédicule, ce qui permet d'attribuer à la torsion de ce dernier, les accidents aigus décrits plus haut.

Section du pédicule entre deux pinces clamp. Ablation de la tumeur ; suture du moignon épiploïque au catgut n° 3. L'examen de la cavité abdominale ne montre aucun autre kyste parasitaire au niveau du foie, de la rate, ou des intestins.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Ouverture du kyste : nombreuses vésicules filles nageant dans un verre environ de liquide eau de roche.

Suites opératoires normales.

Quinze jours après, à la veille de la sortie de la malade, l'examen du sang montre la disparition des éosinophiles. La réaction de Weinberg est faiblement positive.

OBSERVATION II (INÉDITE)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Boudol.

Kyste hydatique du mésentère adhérent à l'extrémité interne d'un rein ectopique.

Tarif Mohammed, 6e Régiment de Tirailleurs, entre le 12 décembre 1919, à l'hôpital militaire d'Oran, pour « tumeur abdominale ».

Rien de particulier à signaler, tant dans ses antécédents héréditaires que personnels. Bronchites antérieures et accès palustres fréquents.

N'a jamais eu d'affections intestinales en dehors d'une constipation rebelle ; n'a jamais eu de crises douloureuses abdominales. S'est aperçu, il y a six mois, de la tumeur dont il est porteur, et, bien que n'en étant nullement gêné, a demandé à être admis à l'hôpital, dans l'espérance, dit-il, d'avoir une convalescence.

Le sujet ne s'exprimant pas du tout en français, il a été impossible de savoir, d'une façon nette, s'il a jamais eu de crises d'urticaire. Il se plaint seulement, depuis quelques

mois, de ne pouvoir boutonner facilement son pantalon et de ne pouvoir supporter le port de sa ceinture-cartouchière.

Examen du malade. — Sujet maigre et vigoureux ; présente, au niveau de la face antérieure du thorax et de la racine des cuisses, de nombreuses cicatrices résultant de gommes syphilitiques ulcérées. (Wassermann positif).

Quelques sibilances au niveau des poumons.

Bruits du cœur normaux.

Abdomen. — Foie ne débordant pas les fausses côtes.

Rate hypertrophiée, sensible à la percussion.

La paroi abdominale est souple, non distendue.

La palpation décèle, dans la zone sus-ombilicale, à la partie médiane, une tumeur rénitente, mate, mais sans frémissement hydatique. Cette tumeur est nettement délimitée, assez mobile, sans qu'on puisse cependant la déplacer dans un flanc ou dans l'autre. Les mouvements d'ascension et d'abaissement sont possibles, mais de faible amplitude.

La percussion montre la sonorité stomacale directement au-dessus de la tumeur, mais n'empiétant pas sur elle.

Diagnostic porté : tumeur liquide du mésentère.

Examen radioscopique. — Poumons légèrement obscurs aux deux sommets. Mouvements du diaphragme normaux, ainsi que l'ombre du foie et de la rate. A la partie médiane : ombre volumineuse produite par la tumeur qui apparaît fixée à la colonne vertébrale et ne suit pas les mouvements du diaphragme.

Rien à signaler au niveau de l'intestin grêle ou des colons.

Réaction de Weinberg : fortement positive.

La formule lencocytaire n'a pas été recherchée.

Intervention, 17 décembre. — Incision médiane de quinze centimètres étendue de part et d'autre de l'ombilic.

La tumeur bombe, recouverte par le colon transverse et le grand épiploon. Le malade est mis en position légèrement déclive ; l'épiploon, le transverse et l'estomac sont réclinés vers le diaphragme et protégés par des compresses. L'intestin grêle est repoussé dans les flancs et garni de compresses. La tumeur isolée est nettement contenue entre les deux lames du mésentère.

Incision du feuillet gauche du mésentère près de la base de celui-ci. La tumeur s'énuclée facilement et se laisse facilement décoller, sauf au niveau de sa base. En ce point elle adhère en effet fortement à la région prévertébrale. La membrane du kyste apparaît là recouverte d'un tissu glandulaire épais, rougeâtre, très friable et qui saigne au cours des tentatives de décortication.

On pense d'abord à une rate surnuméraire, mais en suivant dans la profondeur le tissu glandulaire, en soulevant le feuillet péritonéal postérieur, on reconnaît qu'il s'agit en l'espèce d'une ectopie du rein droit. Celui-ci présente une direction transversale, croisant la colonne vertébrale par son pôle interne adhérent au kyste. L'extrémité externe est dans la fosse lombaire, à peu près au point que devrait occuper le pôle inférieur d'un organe normalement situé. Du rebord inférieur concave se dégage un pédicule vasculaire très court au-dessous duquel on voit la naissance de l'uretère.

L'implantation du kyste se fait dans le dièdre formé par l'extrémité interne du rein ectopique en avant et les vaisseaux prévertébraux en arrière. Devant l'impossibiilté d'enlever sans danger la tumeur en totalité, on se décide à l'inciser après formolage préalable et garniture rigoureusement étanche du champ opératoire. L'ouverture donne issue à trois cents grammes environ de liquide et à une grande quantité de vésicules filles. Résection aux ciseaux de toute la portion non adhérente de la fibreuse ; la partie adhérente est touchée au formol à 1/100 et ses deux feuillets suturés l'un à l'autre. Suture au catgut de la lame mésentérique. Pas de drainage.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Ascension de température (38°5-39°) les trois premiers jours résultant d'une congestion pulmonaire : huile camphrée, ventouses, potion. Le quatrième jour, purgation : chute de la température. Le malade évolue normalement vers la guérison. Au bout d'un mois, il sort de l'hôpital.

La réaction de Weinberg, pratiquée à ce moment, reste toujours nettement positive.

OBSERVATION III (INÉDITE)

Recueillie dans le service de M. le professeur Vincent.

Kyste hydatique intra-péritonéal. — Kyste prostatique. — Phénomènes d'obstruction intestinale.

Rekasse Larbi, 50 ans, journalier, entre à la salle Dupuytren le 10 juin 1919, évacué du service de M. Dumolard pour accidents d'obstruction intestinale.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents, si ce n'est une blennorragie il y a vingt ans, et des accès palustres fréquents depuis dix ans, accompagnés de douleurs dans le bas-ventre. Pas d'urticaire, le malade n'a pas de chiens, mais mange des légumes crus.

Il y a quatre ans sont survenues des douleurs abdominales siégeant dans le bas-ventre et accompagnées de diarrhée ; le malade s'est aperçu alors pour la première fois qu'il avait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs n'ont duré que peu de jours et ont disparu. Depuis cette époque le ventre a grossi et par périodes le malade a des coliques, des troubles dyspeptiques et de la diarrhée.

Au commencement du mois de juin, nouvelle crise abdominale avec vomissements, hoquet, absence de selles et ballonnement du ventre, qui nécessite son entrée à l'hôpital.

Les phénomènes aigus cèdent à un lavement purgatif ; mais la constipation persiste et les lavements sont toujours nécessaires.

L'état général est mauvais, amaigrissement, subictère. Les mictions se font sans difficulté. ni douleur mais sont fréquentes (7 fois par nuit). Pas de sucre dans les urines. Traces d'albumine. Température normale.

Examen. — Paroi abdominale flasque, à musculature relâchée. Dans le bas-ventre et du côté droit on sent une tumeur du volume d'un poing ; elle est mobile de haut en bas et surtout latéralement ; à la percussion elle est mate et donne très nettement le frémissement hydatique. Pas de matité dans les flancs.

Au toucher rectal on sent une masse rénitente fixée, comprimant la face antérieure du rectum et remontant très haut ; le doigt ne peut en atteindre la limite. Réaction de Weinberg fortement positive.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	57
Mononucléaires	14
Lymphocytes	26
Eosinophiles	1
Formes de transition	2

Diagnostic. — Kystes hydatiques dont l'un, abdominal, est probablement mésentérique et le second prostatique. Ce dernier comprime d'une part le rectum, et a été la cause des phénomènes d'obstruction intestinale ; d'autre part, la vessie, et a entraîné de la pollakiurie.

La possibilité d'ouvrir ce kyste par le rectum a été envisagée.

Intervention : le 14 juin, sous anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Le kyste abdominal est énucléé assez facilement sans ponction ; il doit être pour cela libéré de quelques adhérences à l'intestin grêle. Ablation d'un certain nombre de petits kystes intra-péritonéaux (une dizaine environ) ; par endroits on voit sur l'intestin grêle un semis blanchâtre de granulations hydatiques.

Le malade étant placé en position de Trendelenbourg, la masse du kyste prostatique apparaît et bombe en arrière de la vessie. Le kyste est recouvert de péritoine. Le péritoine est incisé en vue d'une énucléation, dont l'impossibilité apparaît rapidement. Le kyste est ponctionné. il s'en écoule peu de liquide ; formolisation. un lit de compresses étant placé en arrière du kyste. On l'incise, le vide des vésicules filles très abondantes qu'il contient. On le referme, sans drainage. Péritonisation de la ligne d'incision. Fermeture de la paroi abdominale.

Le kyste abdominal qui donnait nettement un frémissement hydatique contenait comme le kyste prostatique très peu de liquide et était bourré de vésicules filles.

Suites opératoires. — Dans les jours qui ont suivi l'opération, diarrhée très abondante, langue humide, pouls bien frappé. Le toucher rectal donne une sensation normale.

Le malade, indocile, se croyant déjà guéri le lendemain, commet des imprudences journalières. Il finit par tomber dans une cachexie dont il ne se relève pas. Mort un mois après l'intervention.

OBSERVATION IV (INÉDITE)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Boudol.

Kyste hydatique du rebord antérieur du foie. — Kyste intrapéritonéal. — Accidents d'obstruction intestinale.

Thérèse M..., 29 ans, domestique, entre le 12 mai 1918 à l'hôpital civil d'Oran pour crises douloureuses abdominales.

Femme de constitution robuste. Père décédé à 48 ans de pneumonie. Mère, 54 ans, bien portante. La malade a de nombreux accès palustres et est en outre sujette à des crises d'épilepsie.

A commencé à souffrir du ventre il y a quatre ans, à la suite d'un accouchement. Les douleurs survenaient par crises aiguës, violentes, et s'accompagnaient de vomissements et de constipation opiniâtre. Les accidents duraient un jour en moyenne, disparaissaient presque subitement et étaient suivis d'une débâcle diarrhéique.

A la suite d'une de ces crises, la malade avait présenté de l'ictère ; en outre elle avait de fréquentes poussées d'urticaire. D'abord espacées, ces douleurs avaient augmenté de fréquence au cours de la dernière année, au point d'apparaître trois ou quatre fois par mois. La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de « crises douloureuses produites par un rein mobile ».

Examen clinique. — Rien à signaler au cœur et au poumon.

Paroi abdominale souple non distendue.

Foie et rate normaux.

Palpation. — Tumeur très dure du volume d'une grosse orange, siégeant dans le flanc droit, très mobile latéralement, perceptible par le palper bimanuel au niveau de la paroi postérieure de l'abdomen, sans cependant qu'on puisse dire qu'il y ait contact lombaire.

Percussion: — Sonorité normale de l'abdomen même au niveau de la tumeur et résultant de l'interposition probable du gros intestin.

Examen radioscopique. — Poumons transparents, mouvements ascensionnels du diaphragme d'amplitude normale à droite et à gauche.

Foie de volume normal, mais présentant au niveau de son rebord antérieur une ombre arrondie de la grosseur d'une noix et qui paraît devoir être attribuée à une tumeur hépatique passée inaperçue au cours de l'examen clinique. Au niveau du flanc droit, au-dessus de la région appendiculaire, zone obscure produite par la tumeur ; l'ombre mobile est située directement en avant du rein droit, n'a pas de connexions avec le foie, et n'est pas influencée par les mouvements respiratoires.

Réaction de Bordet-Gengou positive.

Diagnostic : kyste hydatique du rebord antérieur du foie avec kyste intra-péritonéal.

Intervention (16 mai). — Laparotomie latérale droite. Incision de 15 centimètres verticale.

Le péritoine ouvert on découvre la tumeur qui est recouverte par le colon ascendant. On sent la masse plutôt qu'on ne la voit, car elle est masquée par un fouillis d'anses grêles adhérentes. Séparation lente et pénible de ces anses à la compresse et mise à jour d'une tumeur grosse comme le poing, de consistance ferme et de coloration grisâtre. Les adhérences paraissant moins fortes du côté droit, on fait porter toutes les tentatives de libération de ce côté et l'on arrive enfin à contourner le bord droit de la tumeur, de là on gagne sa face postérieure qui se dégage assez facilement. Les doigts de l'aide, passés sous la masse du kyste, le soutendent et le fixent. On s'attaque ensuite au pôle supérieur puis inférieur

qu'on sépare des anses intestinales à la compresse. La tumeur est alors attirée hors de la cavité abdominale et n'est plus retenue que par son bord gauche. Mais en ce point, les adhérences sont telles que les anses paraissent faire corps avec la paroi fibreuse du kyste. Pour éviter la déchirure de l'intestin qui pourrait suivre de trop fortes tractions, on entame la paroi du kyste à l'aide du bistouri tenu presque parallèlement à cette paroi. L'intestin grêle est libéré avec une mince lame de tissu fibreux qui lui reste adhérente. Le kyste, totalement dégagé, est encore séparé de quelques adhérences épiploïques et enlevé sans avoir été ouvert.

On recherche alors et on découvre facilement, sur le bord antérieur du foie, le petit kyste reconnu à la radioscopie. Il siège à deux centimètres environ en dedans de la vésicule biliaire ; du volume d'une noix, il adhère fortement au parenchyme hépatique. Dans l'impossibilité de pouvoir l'aborder facilement par l'incision longitudinale, on branche sur celle-ci une incision oblique en haut et en dedans, de 10 centimètres. Le petit kyste est alors facilement accessible, mais il adhère si fortement au foie, que pour éviter des accidents de rupture du kyste ou de déchirure de la glande, on se voit dans l'obligation de pratiquer une résection cunéiforme du rebord antérieur du foie. Le coin hépatique enlevé, après hémostase préalable entre deux pinces clamp, a environ 4 centimètres de longueur. Les deux surfaces de section sont rapprochées et suturées l'une à l'autre par de gros catguts passés à l'aide d'une aiguille mousse. Léger suintement sanguin après la suture, vite arrêté par la compression.

A un centimètre environ en dedans de la lèvre intérieure de l'incision hépatique, se voyait un autre nodule blanchâtre, de la grosseur d'une amende, les rebords en étaient arrondis, en forme de cupule. Il s'agissait là d'un autre petit kyste dont l'évolution et la rupture avaient échappé à la malade elle-même.

Fermeture du péritoine ; une mèche est laissée au contact de la section hépatique suturée. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les deux kystes ouverts présentent : le kyste hépatique un verre à liqueur de liquide clair avec quelques très petites vési-

cules ; le kyste péritonéal de très nombreuses vésicules extrêmement serrées et très peu de liquide.

Suites opératoires. — Bien que les deux kystes aient été enlevés sans avoir été rompus, la malade présenta les phénomènes toxiques qui mirent pendant quelque temps sa vie en danger.

Au troisième jour après l'intervention, la température s'éleva à 40° 8, le pouls à 132 ; le lendemain T : 40° — P : 126. Coloration jaune intense des téguments. Urines rouges et rares, 300 cm 3 dans les 24 heures.

Examen de la plaie : léger suintement au niveau de la mèche qui est enlevée ; la paroi abdominale est souple, il n'y a pas de météorisme. Du quatrième au huitième jour, les accidents continuent. Température à grandes oscillations, 38° 5-40°. Pouls mou et rapide (120 à 125). Injection d'huile camphrée, de spartéine, de sérum adrénaliné. Langue sèche et saburrale. Quelques vomissements. Diarrhée noirâtre profuse, fatigant extrêmement la malade. Celle-ci est d'ailleurs très déprimée et présente des alternatives de torpeur et de subdélire avec hallucinations.

Installation, le 24 mai, d'un goutte à goutte intestinal. La malade absorbe cinq ou six litres d'eau bouillie contenant cinquante centigrammes d'urotropine par litre. Le 25 mai, la température tombe à 39 pour remonter à 40 le 28, et le 30, au seizième jour après l'opération, abaissement définitif de la température. Le pouls devient meilleur. Les téguments reprennent leur coloration. Les selles diminuent et redeviennent normales. L'état général continue à s'améliorer. Pendant toute la durée des accidents, la paroi abdominale s'est cicatrisée sans incident. La malade sort guérie de l'hôpital le 2 juillet 1918.

La Réaction de Weinberg, pratiquée quelques jours avant la sortie, reste fortement positive.

OBSERVATION V (INÉDITE)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Boudol.

Echinoccose généralisée du péritoine consécutive à un kyste hépatique dont la rupture a passé inaperçue.

Mohammed ben Djeloul, 56 ans.

Malade extrêmement maigre, entre le 24 septembre 1918 avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

A eu de nombreuses bronchites antérieures. Signes d'induration manifeste du sommet gauche. Sibilances dans les deux poumons. Aurait eu autrefois de violentes douleurs abdominales s'accompagnant de diarrhée abondante.

L'augmentation de volume de l'abdomen remonte à huit mois environ. Le malade ne se souvient pas avoir fait de chute ou reçu de coups sur le ventre. Il n'a pas non plus éprouvé de douleurs abdominales les jours qui précédèrent l'apparition de son ascite.

Examen du malade. — Ce qui frappe c'est le développement considérable de l'abdomen. Celui-ci, énorme, distendu, se projette en avant, l'ombilic déplissé forme une vésicule translucide. Le volume de l'abdomen contraste avec la maigreur du sujet qui marche avec peine, les bras fortement rejetés en arrière pour conserver son centre de gravité.

A la palpation, la paroi est tendue et élastique ; la percussion donne une matité absolue avec une mince zone sonore dans les flancs droit ou gauche, suivant qu'on fait incliner le malade d'un côté ou de l'autre. On perçoit nettement la sensation de flot.

On pense à une péritonite bacillaire ; ce qui explique qu'on n'ait eu recours à aucun examen de laboratoire.

Intervention (le 27 septembre) sous anesthésie à la cocaïne locale. Laparatomie sous-ombilicale de 10 centimètres. Le péritoine incisé, on tombe sur une quantité énorme de fausses membranes jaunâtres que l'on reconnaît bien vite pour être

des membranes hydatiques. Elles font saillie à travers les lèvres de la plaie qu'elles bouchent. A peine enlevées, on voit faire irruption une pluie de vésicules hydatiques qui inondent le champ opératoire. Le péritoine est attentivement vidé de toutes les vésicules et fausses membranes. L'évacuation terminée, la paroi abdominale retombe flasque de part et d'autre de la colonne vertébrale, le long de laquelle est accolée la masse intestinale. Lavage de la cavité péritonéale au moyen de quatre litres d'une solution formolée à 2 pour 1000 ; assèchement consécutif.

Avant de refermer on passe une inspection rapide des viscères de la cavité abdominale et l'on retrouve, au niveau de la face inférieure du foie, un peu en dehors du sillon de la vésicule biliaire, une formation fibreuse blanchâtre, grande comme la moitié d'une orange, adhérente au parenchyme glandulaire et dont les rebords flétris et repliés sur eux-mêmes limitent une ouverture du diamètre d'une pièce de deux francs. Il s'agit là, selon toute probabilité, du kyste hépatique à la rupture duquel est due l'echinococcose généralisée qu'on vient d'opérer. Ce qu'il y a d'intéressant à noter c'est que la rupture a passé inaperçue du malade.

Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent.

Suites opératoires. — Légère élévation de la température pendant les trois jours qui suivent l'intervention. Cette fièvre cède à une purgation. Amélioration de l'état général sous l'influence d'un traitement approprié. Ablation des fils le quinzième jour. Le malade, complètement guéri, sort de l'hôpital le vingt-cinquième jour.

La réaction de Weinberg, pratiquée la veille du départ de l'opéré, est fortement positive.

Considérations sur ces cinq Observations

CHAPITRE I

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique, les cinq cas que nous venons de décrire ne présentent rien de particulièrement intéressant au sujet de la contamination par l'entozoaire. Ces cinq malades étaient tous des gens de condition médiocre, habitant la campagne, vivant en contact avec de nombreux chiens. Tous étaient de grands mangeurs de crudités.

L'infection de leur organisme s'est produite chez eux suivant les lois habituelles bien connues depuis les travaux de Hahn, Davaine et Naunyn.

La Pathogénie varie au contraire et d'ores et déjà nous pouvons diviser nos malades en deux catégories :

a) Les porteurs de kystes inclus dans l'épiploon ou un méso-péritonéal (Obs. I et II).

b) Les malades atteints d'échinococcose intra-péritonéale soit enkystée (Obs. III et IV) soit généralisée (Obs. V).

En outre, dans les deux premières observations il s'agit de kystes uniques ; dans la III[e] et la IV[e] de kyste double, l'un hépatique et intra-péritonéal (Obs. IV) sous colique ; l'autre prostatique et mésentérique (Obs. III).

Comment ont pu se développer ces kystes ?

La pathogénie des kystes hydatiques de l'épiploon ou du mésentère est facilement expliquée par la migration de l'embryon du tœnia.

Un point domine toute l'histoire de la greffe de l'œuf de l'échinocoque chez l'homme :

L'embryon exacanthe ayant pénétré dans l'organisme par le tube digestif ne peut atteindre les points où il s'enkyste que par la voie veineuse.

L'intestin grêle est entouré par d'innombrables pinces vasculaires parallèles et anastomosées qui l'enserrent. Ces rameaux naissent par deux espèces de plexus : les uns superficiels sous-péritonéaux que l'on voit sans préparation, les autres intra-musculaires et sous-muqueux.

Au niveau du mésentère, les veines aboutissent à des arcades superposées dont deux au moins sont bien marquées, sous-jacentes aux arcades artérielles. Ces arcades aboutissent pour la totalité du grêle et la moitié droite du gros intestin à la grande veine mésentérique supérieure, pour la moitié gauche du gros intestin et le rectum à la mésentérique inférieure.

L'aboutissant de ces troncs étant la veine porte qui plonge dans le hile du foie, il est naturel que l'embryon charrié par le torrent circulatoire se greffe surtout dans cette glande.

Cependant, malgré l'anatomie de son territoire, le système porte n'est pas absolument fermé ; ses extrémités s'enchevêtrent avec celles du système cave et communiquent avec elles.

De là toute une série de voies nouvelles ouvertes à l'entozoaire entraîné hors du courant mésentérique dans un canal de dérivation. C'est ainsi qu'il pourra s'égarer dans une veine anastomotique unissant le système hémor-

roïdal supérieur au moyen, formé par les veines des vésicules séminales et de la prostate. Ainsi pourra se produire ultérieurement un kyste hydatique rétro-prostatique.

D'autres voies s'ouvrent encore vers les reins, la rate, la paroi abdominale elle-même par les anastomoses de Retzius ou par les anastomoses inconstantes de Schmiedel. Enfin, l'embryon peut pénétrer dans une des nombreuses veines épiploïques, s'y enkyster et former tumeur.

Le fait capital de cette migration du parasite est le suivant : cheminant uniquement par la voie veineuse, l'embryon et *à fortiori* le kyste qu'il formera sera toujours situé en dehors de la cavité péritonéale. Il sera, soit en dehors du péritoine (kyste lombaire, iliaque ou pelvien), soit entre deux lames de la séreuse, méso ou épiploon (kyste mésentérique ou épiploïque). En raison même de la disposition des plexus veineux, le kyste ne sera jamais *intra-péritonéal.*

On peut donc dire que tout kyste hydatique non viscéral de la cavité abdominale ne pourra être dit primitif qu'autant qu'il ne siégera pas à l'intérieur de la grande cavité du péritoine.

Cette notion n'a pas qu'un intérêt purement pathogénique, elle en a un autre thérapeutique. Depuis la discussion de 1909 à la Société de Chirurgie, la fréquence de kystes hydatiques multiples est apparue de plus en plus grande ; nombreuses depuis cette époque sont les observations publiées touchant les infestations multiples de l'échinococcose humaine, les unes siégeant dans le même organe (kystes hépatiques multiples), soit sur deux glandes différentes (kystes simultanés du foie et de la rate), soit sur un viscère et dans le péritoine.

Ces tumeurs peuvent être produites :

a) Par la greffe simultanée de deux ou plusieurs embryons ingérés en même temps.

b) Soit par l'ensemencement résultant de la rupture d'un kyste déjà formé, d'où production d'un kyste secondaire.

L'on peut donc dire que la formation d'un kyste intra-péritonéal a pour conditions *sine qua non :*

1° La production d'un kyste primaire extra-péritonéal viscéral ou non viscéral ;

2° L'effraction, puis l'ensemencement de la grande cavité séreuse par rupture de ce kyste.

D'où nous concluons : les tumeurs à échinocoques intra-péritonéales sont toujours secondaires. La localisation primitive de l'embryon au foie se rencontrant dans les 9/10° des cas, on peut dire que les kystes intra-péritonéaux sont presque toujours la conséquence d'un kyste hépatique rupturé.

Ce qui frappe, en suivant l'histoire clinique de nos malades, c'est que la tumeur secondaire y apparaît comme la première et la seule manifestation de l'affection parasitaire.

La raison en est en ce que la greffe de l'embryon se fait dans un silence absolu. Pas de troubles généraux frappants, de symptômes objectifs ou subjectifs accusés, comme dans le cancer, la tuberculose ou la syphilis. Le kyste hydatique n'attire sur lui l'attention qu'au moment où, de par son volume, il devient perceptible à la palpation, ou quand, du fait de sa situation, il détermine une série de symptômes morbides au niveau des organes environnants. De là, en pratique, la prédominance des troubles mécaniques et, partant, des phénomènes locaux sur les troubles fonctionnels. On a décrit toute une catégorie de symptômes propres à la maladie sous le nom de petits signes de l'hépatisme. De ces signes, certains tels que

l'inappétence et le dégoût pour les matières grasses ne se voient que dans les kystes hépatiques, et ne font que traduire un certain degré d'insuffisance hépatique.

Le seul phénomène d'ordre général auquel donne lieu la présence d'un entozoaire enkysté en un point de l'organisme est l'urticaire. Encore celui-ci ne se rencontre-t-il, en général, que dans les tumeurs d'un certain volume. Il est produit par des substances toxiques contenues dans le liquide kystique. Ces substances sont de véritables ptomaïnes comme l'ont établi les travaux de Debove et Achard. On peut donc dire avec Forgue : « Ce n'est pas sur les signes médicaux variables et tardifs qu'on basera un diagnostic de certitude... Tant qu'un kyste de petit volume reste inclus dans le parenchyme, l'affection demeure latente et méconnue ».

Le kyste intra-péritonéal secondaire n'apparaîtra donc comme la première manifestation morbide que grâce à la latence du kyste primaire. La tumeur secondaire logée dans la cavité abdominale, adhérente aux anses intestinales, entraîne toute une série de symptômes mécaniques (constipation, douleurs, crises d'obstruction) qui réveilleront l'attention du malade et lui feront réclamer l'intervention.

Non seulement le kyste primaire peut rester latent, mais encore sa rupture peut passer inaperçue. Cette rupture silencieuse contribue encore à donner à la tumeur secondaire le premier rôle dans l'histoire clinique de la maladie.

Dans toute collection liquide, la rupture est bien plus facteur du siège que du volume de cette collection.

Pour qu'un kyste hydatique du foie ait des chances de se rompre dans la séreuse, il faut qu'il occupe une situation superficielle. La rupture peut être dramatique à la suite d'un choc violent ou d'une chute d'un lieu élevé. Elle donne lieu à la classique sensation de déchirure

interne avec phénomènes généraux graves, résultant de la résorption brusque des toxines hydatiques ; ou bien elle est suivie, à bref délai, de symptômes d'échinococcose généralisée du péritoine. De toute façon elle fait époque dans la vie du malade.

Chez nos malades, la rupture s'était faite dans un tel silence qu'elle avait échappé aux intéressés. Cette absence de tout symptôme serait due d'après nous au petit volume du kyste primaire. Les collections hydatiques peuvent aller de l'énorme poche contenant plusieurs litres jusqu'à la granulation translucide et miliaire. Dans le cas de kyste de très petit volume superficiellement placé, une cause minime suffira pour rompre une fibreuse mince et peu consistante. Un seul embryon peut tomber dans la cavité abdominale ; les quelques gouttes de liquide qu'il emporte avec lui suffisent pour amener une réaction locale de la séreuse qui formera autour de lui une loge dans laquelle il s'enkystera.

La lecture de nos observations paraît fortifier ces hypothèses. Nous voyons (Obs. III) un kyste de la racine du mésentère adhérent aux anses intestinales, entouré de très petites formations kystiques, formant sur l'intestin un véritable semis de granulations hydatiques.

L'observation IV nous montre un kyste intra-péritonéal secondaire, perdu dans un fouillis d'adhérences intestinales, et, en même temps, deux autres formations de même nature sur le rebord antérieur du foie. De ces deux kystes, l'un était encore intact, l'autre était ouvert et flétri, et la malade, une fois rétablie, interrogée, ne put jamais donner même une date approximative de cette rupture.

Chez le malade de l'observation V, et c'est son seul point original, une volumineuse échinococcose générali-

sée à tout le péritoine est secondaire à la rupture d'un kyste superficiel de la face inférieure du foie dont les vestiges apparaissent sous forme d'une masse arrondie cupuliforme. Là aussi la rupture du kyste n'avait point été perçue par l'intéressé.

De ce long exposé pathogénique nous tirerons les conclusions pratiques qui suivent :

Dans toute tumeur abdominale reconnue pour être un kyste hydatique non viscéral il faudra :

1°) Au moment de l'examen, se demander si l'on a affaire soit à une tumeur des méso, ou de l'épiploon, qui peut être primitive, soit à un kyste intra-péritonéal proprement dit, toujours secondaire.

2°) Si l'on penche en faveur de cette dernière hypothèse, pratiquer un examen sérieux, minutieux, du foie et de la rate, et se livrer à un interrogatoire serré pour dépister, si possible, une tumeur viscérale méconnue.

3°) Au cours de l'intervention, si les conditions opératoires le permettent, faire un examen rapide de tous les organes de l'abdomen, en particulier du foie.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique de ces cinq malades confirme les données de la pathogénie. Chez tous, le chirurgien doit intervenir pour mettre ordre à des accidents purement mécaniques. Dans l'observation I, le sexe du sujet, la nature des symptômes avaient pu en imposer, en dépit de l'âge, pour une torsion de pédicule ovarique. Il faut reconnaître qu'à l'entrée de la malade, en pleine crise aiguë, le diagnostic était des plus délicats. Le ventre était ballonné, douloureux, la tumeur se délimitait mal des anses intestinales dilatées qui l'entouraient ; l'intervention fut cependant différée car l'état général restait bon, le pouls était bien frappé, à 84, la langue était humide et rosée, les urines normales ; il n'y avait pas eu d'arrêt complet des gaz. Les accidents ayant rétrocédé, il fut facile d'éliminer, grâce au Trendelenbourg, le kyste ovarique. Le diagnostic de tumeur épiploïque fut posé en raison de la grande mobilité de la tumeur, de sa situation superficielle. La radioscopie vint fixer d'une façon précise, sur le siège du kyste, en permettant de rejeter l'hypothèse de tumeur caecale, ou de tumeur de l'S iliaque.

La réaction de Weinberg, fortement positive avant l'opération, était très faible trois semaine après, au moment où la malade sortait de l'hôpital.

L'observation II a pour caractéristique le manque absolu de tout symptôme mécanique. En dépit d'un interrogatoire serré, il fut impossible de faire dire au malade s'il

avait jamais été incommodé par sa tumeur. Le seul renseignement qu'il ait pu donner est qu'il était gêné depuis quelques mois pour serrer son pantalon et qu'il était incommodé par le port de sa ceinture cartouchière. Il n'avait jamais ressenti de phénomènes intestinaux, tels que douleurs, météorisme, crises d'obstruction.

Plus volumineuse que chez la malade précédente, la tumeur occupait la ligne médiane ; mais celle-ci était franchement sus-ombilicale. Bien que d'amplitude plus considérable, les mouvements latéraux étaient cependant limités. En l'absence de tout symptôme stomacal, en raison du bon état général du sujet, l'hypothèse d'un néoplasme de la grande courbure fut bien vite écartée.

Le sujet présentant des stigmates de syphilis, avec Wassermann positif, la possibilité d'une adénopathie préaortique put venir à l'esprit pour être rejetée aussitôt, en raison de la mobilité relative de la tumeur : les adénopathies prévertébrales ayant comme caractère principal leur grande fixité.

La radiographie fut utile, surtout pour montrer l'indépendance de la tumeur vis-à-vis de l'estomac et de l'intestin et permit de fixer sa situation dans la racine du mésentère.

Le Weinberrg positif acheva d'éclairer le diagnostic.

La grande surprise opératoire fut, sans doute, la découverte du rein droit en ectopie sous le pôle interne duquel le kyste avait sa base d'implantation. Cette anomalie, la tolérance absolue du malade pour sa tumeur, constituent les deux points originaux de cette observation.

Chez ces deux premiers malades, il s'agissait de kyste primitif épiploïque ou mésentérique séparé de l'intestin par une lame séreuse et sans adhérence avec lui.

Les phénomènes d'obstruction intestinale dominent par contre toute l'histoire des malades des observations III et IV. En outre elles ont un caractère commun : les kystes étaient doubles : le kyste primitif siégeant dans l'aponévrose prostato-péritonéale (Obs. III) ou au niveau du foie (Obs. IV). Les kystes secondaires étaient à la base de la racine du mésentère (Obs. III), au-dessous du colon ascendant (Obs. IV). Ces deux kystes étaient intra-péritonéaux.

Dans l'observation du malade opéré par Monsieur le Professeur Vincent, c'est au kyste primitif que sont dus les accidents d'obstruction intestinale. Le malade offrait l'histoire typique d'une occlusion incomplète par compression large du rectum. Les crises survenaient à d'assez longs intervalles avec constipation rebelle dans les périodes intercalaires. Le malade présentait en outre l'amaigrissement, la langue saburrale, le teint subictérique des sujets atteints de stercorémie. A noter les troubles vésicaux par compression : dysurie, pollakiurie. Mais ces symptômes étaient secondaires, contrairement à ce qu'on lit dans une observation de Tuffier à la Société de Chirurgie de 1898. Il s'agissait d'un homme de 36 ans dont la tumeur, plus élevée que dans le cas de l'observation III, bombait au-dessus de la symphise, entraînant de vives douleurs vésicales avec pollakiurie. Le cathétérisme permit d'éliminer facilement une affection vésicale ; de nos jours on eût vraisemblablement pratiqué une cystocopie. La constatation, tant au palper abdominal qu'au toucher rectal, du frémissement hydatique, permit de poser un diagnostic précis.

Chez ce malade, ce phénomène était facilement perceptible au niveau du kyste secondaire péritonéal. Celui-ci avait évolué d'une façon banale, et c'est pourtant lui qui, d'un accès plus facile, avait été reconnu par le malade. Le

kyste prostatique devait être de beaucoup antérieur : l'apparition de douleurs dans le bas ventre datait en effet d'une dizaine d'années, et ce n'est que six ans plus tard que l'intéressé constatait l'existence de son kyste abdominal.

Là comme dans les autre cas la réaction de Weinberg fut fortement positive. L'examen de la formule leucocytaire révéla une éosinophilie assez faible (1 éosinophile).

Dans l'observation IV on peut dire que le kyste secondaire intra-péritonéal détermine toute la symptomatologie, alors que le kyste hépatique n'est qu'une trouvaille de radiographie. Contrairement aux autres malades chez lesquels le diagnostic se fit d'une façon rapide, l'histoire clinique de cette opérée fut assez difficile à tirer au clair. Il s'agissait, en effet, d'une femme épileptique sujette à des crises comitiales fréquentes, d'une nervosité exagérée et incapable de fournir aucun renseignement précis. Elle se plaignait de crises abdominales violentes ayant débuté à la suite d'une grossesse. Ces accidents furent attribués successivement au nervosisme, à une appendicite ; enfin la présence d'une tumeur abdominale étant reconnue on pencha en faveur d'un rein mobile avec crises douloureuses. Chez une névropathe cela était d'autant plus explicable que la tumeur offrait assez bien le volume d'un rein, qu'elle était profondément située et recouverte par une zone de sonorité colique. Les troubles fonctionnels qu'elle entraînait consistaient en des troubles de la circulation intestinale : constipation opiniâtre habituelle entrecoupée par des crises d'obstruction intestinale. La douleur était le phénomène dominant. Le chirurgien qui opéra la malade la vit en effet dans une de ces crises et put constater une tension modérée de l'abdomen, un pouls assez bien frappé à 90, une émission d'urines nor-

males. Ce fut la radioscopie qui montra dans la région sus-appendiculaire la présence d'une tumeur adhérente à l'intestin. Elle permit d'éliminer l'hypothèse de rein mobile ou de lobe adhérent du foie. Elle fut surtout utile en permettant de reconnaître, fixé au bord libre de cet organe, le petit kyste qui ne s'était révélé par aucun symptôme à l'examen clinique.

Cette constatation fit immédiatement penser que la tumeur abdominale pouvait être un kyste intra-péritonéal secondaire à un kyste hépatique rupturé.

Le Weinberg nettement positif acheva de fixer sur la nature de la maladie.

L'observation V a trait à un cas d'échinococcose généralisée. Au point de vue clinique, ce fut une erreur de diagnostic. Le sujet présentant des lésions de bacillose ancienne, la possibilité d'une péritonite tuberculeuse pouvait être logiquement envisagée, et ce qui venait encore fortifier dans cette opinion, c'était l'extrême amaigrissement du sujet, son état cachectique. C'était un indigène ne parlant pas le français dont il fut très difficile de tirer quelques renseignements. Tout ce qu'il put dire c'est que son ventre avait commencé à augmenter de volume il y a huit mois et que, depuis quatre mois, il ne pouvait plus travailler. Le seul point où il fut catégorique était quand il affirmait que sa distension abdominale n'était consécutive ni à un coup, ni à une chute. Il présentait tous les symptômes classiques de l'ascite à grand épanchement : ventre énorme, paroi abdominale amincie, ombilic hernié et transparent, fausses côtes rejetées en haut et en dehors, respiration à type costal supérieur, sensation de flot. Aussi est-il intéressant de constater qu'une fois soulagé de son épanchement, le malade se rétablit au point qu'il sort complètement guéri de l'hôpital, 25 jours après son opération.

La réaction de Weinberg, qui, du fait de l'erreur de diagnostic, ne fut point pratiquée avant l'opération, était nettement positive la veille du départ du malade.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur la symptomatologie de nos cinq observations, nous voyons que, sauf pour la dernière, le diagnostic grâce à un examen minutieux fut posé d'une façon nette et précise.

La conservation d'un bon état général chez tous ces malades porteurs d'une tumeur abdominale permettait, avec l'absence des autres symptômes d'imprégnation néoplasique, d'affirmer la bénignité du mal. Le cancer éliminé, la forme arrondie de la tumeur, sa rénitence, faisaient songer à une collection liquide. Le seul cas où on hésita longtemps fut celui de la malade de l'observation IV et ce à cause de facteurs étrangers (tare nerveuse) qui venaient en troubler l'histoire clinique. L'hypothèse de kystes hydatiques étant venue d'elle-même à l'esprit, on fit un interrogatoire systématique pour rechercher les petits signes d'hépatisme, en particulier l'urticaire. Sauf dans l'observation IV, cette enquête fut négative. Chez tous, les seuls symptômes qui attiraient l'attention du malade et du médecin étaient les symptômes mécaniques : gêne de la circulation intestinale (Obs. III et IV), crises douloureuses par torsion du pédicule (Obs. I), gêne résultant du port de la ceinture (Obs. III).

Aussi dirons-nous que cliniquement parlant les petits signes d'hépatisme n'ont qu'une valeur secondaire : si on les retrouve ils constitueront un moyen accessoire pour établir un diagnostic souvent délicat. Peut-être sont-ils plus fréquents qu'on ne le croit ; ils peuvent fort bien échapper à des malades qui en raison de leur état social se soucient peu d'une application rigoureuse du principe de causalité.

Autrement important est le frémissement hydatique : malheureusement c'est un signe des plus inconstants ; il n'a été retrouvé qu'une fois (Obs. III) chez l'opéré du Professeur Vincent. Sa recherche chez les sujets des observations I, II, IV avait été négative. Pour qu'il soit perceptible, il faut que le kyste soit assez volumineux et surtout assez superficiel pour qu'on puisse le percuter. L'interposition de masses intestinales, la profondeur de la tumeur expliquent les recherches infructueuses. Aussi pourrons-nous dire avec Tillaux : « C'est un signe aussi précieux que rare qu'il ne faut jamais négliger de rechercher ».

En revanche la *radioscopie* et le *laboratoire* ont été des précieux moyens d'investigation.

Grâce à l'écran, on a pu dans les observations I, II et IV donner à la tumeur un siège exact. Rien de plus difficile que la localisation précise d'une tumeur abdominale, rien de plus utile à connaître cependant. D'elle dépend souvent le modus operandi. Qui n'a assisté à ces trouvailles opératoires causées par un rein mobile ectopié, ou par une tumeur appendue au long méso, par un lobe aberrant du foie, ou une rate surnuméraire ? La radioscopie donne sur l'implantation exacte de la tumeur des notions précises. A cela s'ajoute la constatation de l'indépendance ou de la solidarité du néoplasme avec les organes voisins, et surtout du tractus gastro-intestinal. Enfin comme nous l'avons déjà dit, avant l'acte opératoire on peut par cette investigation dépister des tumeurs kystiques restées jusqu'alors inconnues.

Localisation précise de l'implantation, renseignements sur la mobilité ou l'adhérence de la tumeur, découverte de kystes ignorés tels sont les trois services que l'on peut demander à l'examen radioscopique.

Le laboratoire avant toute intervention met à même de donner un nom à la maladie. L'utilisation de la réaction de Bordet-Gengou pour le diagnostic de l'échinococcose chez l'homme est la plus troublante et la plus heureuse de toutes les applications tentées par cette méthode. Les raisons de ce succès sont faciles à comprendre. Le diagnostic clinique de kystes hydatiques est fréquemment entouré de graves difficultés, et il n'est aucun moyen, sauf la ponction qui est dangereuse, et l'incision exploratrice qui est une opération sérieuse, pour avoir un accès direct à la lésion. D'autre part c'est une affection assez rare pour qu'on puisse affirmer presque avec certitude qu'un malade suspect d'échinococcose et présentant dans son sang des anticorps hydatiques est bien réellement atteint de cette affection.

L'existence chez les malades porteurs de kystes hydatiques d'anticorps spécifiques a été découverte par un médecin gênois du nom de Ghedrini. Mais c'est Weinberg qui a eu le mérite d'avoir érigé cette épreuve en méthode de diagnostic et d'en avoir réglé toute la technique. Complètement au point à l'heure actuelle, la réaction de Weinberg s'avère comme une méthode de diagnostic pour les kystes hydatiques plus fidèle que celle de Wassermann pour la syphilis. A notre avis, elle doit faire partie intégrante de l'examen du malade. Elle renseigne non seulement sur la nature de la maladie, mais aussi elle donne une orientation nette à l'acte opératoire. Grâce à elle, avant d'avoir ouvert l'abdomen, le chirurgien peut régler les différents temps de son intervention.

Dans nos observations I, II, IV, V l'opérateur fit répéter cette épreuve au moment de la sortie des malades. Il tenait à voir si chez l'un des opérés la réaction avait disparu.

Weinberg lui-même reconnaît qu'il est impossible de dire à quel moment de l'opération la réaction de fixation disparaît. Ce serait un fait intéressant à établir en raison des récidives ultérieures possibles. Il serait de la plus grande importance, lorsqu'on constate chez un ancien porteur de kyste hydatique des signes pouvant faire penser à une récidive ou à une nouvelle localisation, de dire si la réaction de fixation est signe d'un réveil de l'infection ou simplement séquelle de l'ancienne.

Chez tous nos malades (II, IV, V) elle restait fortement positive. Dans l'observation I elle persistait mais était très faible. Il s'agissait, on s'en souvient, d'un kyste épiploïque sans adhérences dont l'ablation se fit facilement en bloc. Ce fait paraît en concordance avec les observations de Weinberg ; pour cet auteur, dans les cas où le siège du kyste permet une ablation totale sans ouverture ni ponction, la réaction disparaît bien plus facilement.

La recherche de la formule leucocytaire n'a été faite que deux fois (Obs. I et III) ; elle a permis de déceler une éosinophilie assez peu marquée. La présence d'ésinophiles, qui n'est pas toujours constatée est plutôt, d'après les auteurs, un symptôme d'helminthiase. On la retrouve en effet chez certains malades porteurs de taenia. Mais elle présente un caractère intéressant, c'est de disparaître après la mort du parasite ou la disparition totale du kyste. Il serait bon, à notre avis, qu'elle fût pratiquée plutôt dans les mois qui suivent l'intervention ; ce qui permettrait d'être mis en garde contre les récidives ou les localications nouvelles de la maladie.

Le contenu des kystes des quatre premiers malades était sensiblement le même. Peu de liquide, beaucoup de vésicules. Ces caractères sont fréquents dans ces variétés de tumeur hydatique. Il nous a semblé en effet, au cours de

lectures d'observations ayant trait à notre sujet, que les kystes non viscéraux sont surtout des cavités à contenu vésiculaire, tandis que la poche gonflée de liquide eau de roche où nagent de rares hydatides est plutôt l'apanage des kystes viscéraux du foie ou de la rate.

Ces kystes présentaient tous une double paroi formée d'une germinative et d'une fibreuse assez mince sauf dans l'observation IV.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Chez nos cinq malades l'intervention chirurgicale fut commandée par la situation, et les relations de voisinage de la tumeur. Simple laparotomie avec évacuation et lavage à l'eau formolée à 2 p. 1000, dans l'observation V. Elle fut également facile dans l'observation I, où le kyste mobile et non adhérent se laisse facilement enlever après section de son pédicule.

Dans les observations II, III, IV, elle fut au contraire plus complexe. Dans l'observation IV, la dissection du kyste abdominal fut lente et pénible en raison des adhérences contractées avec la masse des anses grêles. Il a fallu à l'opérateur une heure d'efforts longs et patients pour libérer la tumeur dans sa totalité.

Dans les observations II et IV on fut contraint d'inciser la paroi kystique, d'évacuer les nombreuses vésicules filles. Dans l'observation IV on enleva la majeure partie de la membrane fibreuse, en respectant la portion adhérente au pôle interne du rein ectopique et aux vaisseaux prévertébraux. La formolisation, un barrage serré de compresses réussirent à protéger la séreuse contre un ensemencement opératoire. Telle fut également la conduite tenue par Monsieur le Professeur Vincent pour venir à bout d'un kyste hydatique de la loge prostatique. A aucun moment il n'a été nécessaire de recourir à la marsupialisation avec drainage, ni au capitonnage du kyste suivant la méthode de Delbet.

Cependant quelques précautions qui aient été prises on ne put éviter les accidents post-opératoires toxiques. Ceux-ci furent surtout marqués chez la malade de l'observation IV : elle avait présenté des poussées d'ictère antérieur ; elle présenta des symptômes très nets d'insuffisance hépatique d'origine toxique : teinte jaunâtre des téguments, fièvre à grandes oscillations, délire, vomissements, diarrhée profuse. Il paraît donc bien que les organismes de ces malades avaient été sensibilisés par les toxines du liquide et des vésicules filles, dont beaucoup étaient mortes et flétries au moment de l'ouverture des kystes. De semblables phénomènes ont été relevés par nous à la lecture d'observations de malades opérés pour des kystes hydatiques du foie, de la rate et des poumons.

En dépit de ces accidents, le retour à la santé survint après un temps variable ; les opérés sortent de l'hôpital sans présenter de troubles fonctionnels pouvant faire douter de leur guérison définitive.

CONCLUSIONS

L'étude des cinq observations qui font le sujet de cet ouvrage nous amène aux conclusions suivantes :

I. — Les kystes hydatiques du péritoine peuvent se diviser en deux catégories :

a) Les kystes développés dans l'épiploon ou un méso péritonéal, qui peuvent être considérés comme primitifs, formés par *un* embryon entraîné dans une voie de dérivation veineuse hors du grand courant mésentérique.

b) Les kystes intra-péritonéaux proprement dit, qui sont toujours secondaires soit à un kyste viscéral soit à un kyste sous-péritonéal ouvert dans la cavité abdominale.

II. — Au point de vue symptomatologique, les kystes se sont révélés par des accidents mécaniques, en particulier par des crises d'obstruction intestinale. Les petits signes de l'hépatisme n'ont été observés que dans un seul cas, et ont été nuls ou sont passés inaperçus dans les autres.

III. — La radioscopie a rendu d'utiles services, tant pour le diagnostic que pour l'intervention, en renseignant sur l'implantation exacte, les relations de voisinage et la multiplicité des tumeurs.

IV. — La réaction de Bordet-Gengou appliquée par Weinberg à l'échinococcose humaine apparaît comme le moyen le plus sûr pour reconnaître la nature de toutes les

tumeurs à échinocoques. Elle a été positive dans les quatre cas que nous publions où elle a été pratiquée.

La recherche de l'éosinophilie, pour intéressante qu'elle soit, est loin d'avoir la valeur de la réaction de Weinberg. Elle pourrait cependant être utilement pratiquée après l'opération ; sa disparition signifiant que le malade est totalement débarrassé de ses parasites.

V. — L'intervention chirurgicale pratiquée dans nos cinq observations s'est inspirée des règles de technique opératoire courante : ablation en bloc de la tumeur toutes les fois que cela a été possible, ouverture du kyste et évacuation des vésicules après formolage de la cavité et mise en place d'un barrage serré de compresses.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM. — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère (*Bull. méd. de Paris*, 1895).

ALBERT. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (Thèse de Paris, 1887).

AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère (Thèse de Paris, 1886).

AUPOIS. — Kystes hydatiques de l'épiploon (Thèse, Paris, 1902-1903).

BÉGOUIN. — Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère (*Revue chirurgie*, mars et juillet 1898, février et mai 1899).

BLANCHARD. — Parasites animaux (In *Traité path. g.*, de Bouchard (t. II).

BOUILLY. — *Bull. Soc. ; Chirurg. Paris*, 1887.

BISCAYE (ROGER). — K. H. du mésentère (Thèse, Montpellier, 1905).

CAPETE. — K. H. péritoine (*Soc. anat.*, 11 juillet 1902).

CHARCOT. — *Gazette Médicale*, Paris, 1852.

CHARCOT et DAVAINE. — Soc. Biologie, 1857.

CHAUFFARD. — Echinococcose secondaire péritonéale (*Concours médical*, 8 juin 1919).

CASTAIGNE. — Maladies du foie.

DAVAINE. — *Traité des entozoaires*, 1877.

DEBOVE et SOUPAULT. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 1892 et 1894.

DEBOVE et ACHARD. — *Arch. Méd.*, oct. 1888.

DENIS. — K. H. multiples de l'abdomen (*Bull. Méd. de l'Algérie*, juillet 1902).

DELBET. — Sur un moyen de traitement des K. H. de l'abdomen (*Acad. Méd.*, 1896).

DEVÉ. — Thèse de Paris, 1904 ; Echinococcose secondaire.

DIEULAFOY. — Clinique médicale, Hôtel-Dieu, t. III, p. 96 : K. H. de la rate.

DUPRÉ. — In Brouardel, t. IV, p. 853. Affections rares du péritoine.

ALCÉE DURRIEUX. — K. H. de la prostate (*Bull. Méd. Algérie*, avril 1905).

FANTA. — K. H. du bassin et la cavité abd. (*Annales de gyn. et d'obst.*, 1902).

FERVAL. — K. H. du péritoine primitifs et secondaires (Thèse, Paris, 1900).

FOCHIER. — K. multiples du mésentère (Soc. chirurg. Lyon, 6 mars 1902).

FORGUE et RECLUS. — *Tr. de thérap. chirurgicale*, tum. de la rate et du mésentère, p. 726.

GALVAGNI. — Riforma méd. napoli, 1804.

GÉRARD. — Thèse de Paris, 1876 : K. H. du péritoine.

GIORDANO. — Cisti del mesenterio (*Clin. chirg. Milano*, 1895, p. 233).

GOUILLAUD. — Evolution prolongée des K. H. abd. (Soc. Chirg Lyon, 18 février 1904).

GABARINI. — K. H. de l'espace de Retzius (Acad. des physiocritiques de Sienne, avril 1909).

GETTEN. — K. H. rétro-vésicaux (Thèse, Paris, 1899).

HAMANT. — Contribution à l'étude de l'échinococcose secondaire abdomino-pelvienne et leur traitement (Thèse, Nancy, 1913).

JAUGEAS. — Précis de Radiodiagnostic.

KRENITZKY. — Contribution à l'étude de l'échinococcose multiple de la cavité abdominale,, en russe (*Vratch-gaz.*, 22 janvier 1905).

MABIT. — Contribution à l'étude du trait. chirg. des K. H. de l'abdomen. (*Rev. chirg.*, mai 1905).

MANZONI. — Cisti del mesenterio (*Gaz. Med. Milano*, 1895).

MICHEL. — K. H. du grand épiplorn (Soc. chirg. Marseille, 1913).

MASMEJEAN. — Contribution à l'étude des K. H. rétro-vésicaux, Thèse, 1905.

MAUNY. — Etude sur les ruptures intra-péritonéales des K. H. du foie (Thèse, Paris, 1891).

MOUILLE. — K. H. rétro-vésicaux (Thèse, Paris, 1899).

MIGNON. — K. H. de l'abdomen (Soc. chirg., juin 1900).

PINATELLE et RIVIÈRE. — K. H. multiples de la cavité abdominale (*In Gazette des Hôpitaux*, n° 40, année 1904).

POLOSSON. — K. H. multiples de la cavité abdominale (Soc. sciences médicales de Lyon, 1912).

RONTIER. — Société chirurgie (Trait. des K. H., 7 février 1900).

SOUBEYRAN. — K. H. cul de sac de Douglas chez un homme Société chirg. Paris, 1913).

TILLAUX. — In Thèse Albert, Paris, 1886.

TUFFIER. — V[e] Congrés français de chirurgie, 1891.

TUFFIER. — *Bull. soc. anat.*, 1898, p. 689.

TREMBLIN. — Contribution à l'étude de l'ouverture des K. H. du foie dans le péritoine (Thèse, Paris, 1906).

VINCENT. — K. H multiples du foie et cavité abdominale (*Lyon* médical, 1903).

HERRERA VEGAS et DANIEL, J. GRANWEL. — K. H. et leur traîtement en république argentine (*Revue chirg.*, 1901).

MAURICE VILLARET. — Anatomie du système porte (In Maladies du foie et leur traitement, p. 145).

E. et M. VINCENT. — De la Pachypleurite échinococcique et du traitement des K. H. de la plèvre (*Revue chirg.*, 1912).

VEAU. — K. H. cul de sac de Douglas chez un enfant de 7 ans (Société chirurgie, Paris, 1913).

VOLKMANN. — VI[e] Congrés de chirurgie allemand.

WIDAL. — — K. H. multiples de la cavité abdominale (Soc. Méd. des Hôp., Paris, 28 juillet 1870). — Union médicale, t. XXII, 1876.

ZERBINO. — K. H. en Uruguay (1913-1917). — Revista Medica del Uruguay, Montevideo, septembre 1919.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 9

PRÉFACE 11

OBSERVATIONS 13

ETIOLOGIE et PATHOGÉNIE 27

ETUDE CLINIQUE 35

TRAITEMENT 45

CONCLUSIONS 47

BIBLIOGRAPHIE 49

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr Vincent.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 27 février 1920.

Le Recteur,

E. Ardaillon.

ALGER — TYPOGRAPHIE J. CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER